



Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente



Roger Ruiz Moral

Director de Comunicación Clínica, Unidad de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

Recibido el 9 de febrero de 2015; aceptado el 6 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Comunicación médico-paciente;
Habilidades de comunicación;
Comunicación clínica;
Educación médica;
Currículo;
Marco teórico

Resumen La comunicación clínica está considerada actualmente como una de las competencias esenciales de un clínico, y por este motivo está siendo introducida en los programas de educación médica. Tanto la estrategia de introducción de las habilidades comunicativas en los currículos de las profesiones de ciencias de la salud como la forma de enseñarlas y de evaluarlas es, en estos momentos, objeto de desarrollo y debate. En este proceso, un importante escollo es la aún escasa claridad que existe en relación con los constructos teóricos que fundamentan el modelo de *comunicación centrado en el paciente*, así como la limitada, y a veces contradictoria, evidencia científica sobre su relación con los resultados de la asistencia. En este artículo se resaltan dos dimensiones clave en la comunicación asistencial: su propia naturaleza comunicativa y su orientación centrada en la persona. Considerando la primera dimensión a la luz de los principios y teorías generales sobre la comunicación humana y la segunda enraizada en una concepción pragmática del modelo biopsicosocial, se resaltan gráficamente en un marco racional los componentes comunicacionales con relevancia para la asistencia clínica. Estos componentes, a modo de guía abierta y revisable, podrían orientar a educadores y responsables docentes en la selección, organización y estructuración de las competencias específicas y las habilidades comunicativas que pueden ser enseñadas en el grado y en otros ámbitos de la educación médica.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Physician-patient communication;
Communication skills;
Clinical communication;

A conceptual proposal to guide the development of a curriculum in physician-patient communication skills

Abstract Clinical communication is nowadays one of the core competencies of a clinician and so is being introduced into medical educational programs. Both, the strategy for introducing Communication Skills in health sciences curricula as how to teach and evaluate them is at present a topic for debate. In this process, an important drawback is lack of clarity about the theoretical constructs underlying the *patient-centered communication model*, as well as the still

Medical education;
Curriculum;
Theoretical
framework

limited and sometimes contradictory scientific evidence about its relationship with relevant health outcomes. This article highlights two key dimensions of clinical communication: its own communicative nature and the person-centered orientation. In this paper some general principles and theories of human communication and a pragmatic approach to biopsychosocial model are used for presenting graphically a rational framework proposal that highlights the most relevant communicational components of clinical care. These components can be considered as an open and revisable framework to guide educators and clinicians in the selection, organization and structuring the specific competencies and communication skills to be taught in undergraduate and postgraduate medical education.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los médicos, sus organizaciones e instituciones educativas y los responsables políticos están cada vez más interesados en la comunicación entre médico y paciente, a la que se considera actualmente como una competencia fundamental (denominada *transversal*)¹ para el desarrollo exitoso de cualquier tipo de actividad clínica con impacto en los resultados de salud, por lo que se reconoce la importancia de introducir en la educación y la formación de los médicos estas habilidades de comunicación^{2,3}.

La comunicación clínica o asistencial es algo más que simplemente ser cortés y honesto con cada uno de los pacientes; de hecho, se trata de un proceso complejo que es preciso fundamentar de algún modo y demostrar tanto su efectividad como su viabilidad educativa (algo que puede enseñarse y aprenderse de manera efectiva)⁴⁻⁶. El proceso comunicativo clínico, tal y como se ha venido desarrollando últimamente, ha estado vinculado a un tipo de práctica clínica denominada “*centrada en el paciente (o en la persona-paciente)*” que, sin embargo, aún es preciso clarificar de manera más precisa⁷⁻¹⁰.

La reflexión sobre un marco lógico y fundamentado que ayude a comprender la naturaleza y el alcance de la comunicación asistencial o clínica y que a modo de guía o marco referencial sea de ayuda para definir y reconocer estrategias comunicativas que sean útiles y factibles de enseñar puede facilitar su mejor introducción en los currículos y planes formativos. El proceso de identificación de las competencias nucleares en comunicación podría beneficiarse de la existencia de este tipo de marcos y del que la propuesta inglesa es un buen ejemplo¹¹. Este proceso de identificación de competencias nucleares, como se ha hecho ya en otros lugares^{12,13}, debería ser fomentado por consenso a través de distintas iniciativas e intervenciones en las que, en función de su alcance (p. ej., grado de Medicina, otras profesiones sanitarias, formación continuada de profesionales, etc.) precisaría contar con un amplio conjunto de personas y grupos de interés que contribuyan a su contextualización. Estas estrategias deben estar informadas por pruebas científicas, pero también por la experiencia, intuición y lógica de los expertos clínicos y educadores, adaptándose a los valores priorizados por la sociedad y las instituciones que estos puedan representar. De forma simultánea, en función del tipo de habilidades o competencias identificadas e incorporadas, sería igualmente de utilidad recomendar estrategias de en-

señanza, aprendizaje y evaluación para los diferentes contextos educativos en los que estas competencias vayan a ser enseñadas¹⁴.

En este artículo se presenta una propuesta sobre conceptos relevantes en comunicación asistencial que contribuya a dar solidez teórica a posteriores iniciativas de definición de contenidos curriculares en materia de comunicación asistencial (con el objetivo de guiar su identificación, selección y categorización). Se trata de ofrecer un punto de partida, abierto, aclaratorio y revisable en función de los valores y evidencias que en este ámbito cada institución o corporación pueda necesitar. Esta iniciativa está orientada al marco de la comunicación entre un médico y un paciente.

Estructura del marco conceptual

La presente guía o marco referencial se construye sobre los dos dominios que definen su propia naturaleza: *la comunicación asistencial* y esta como parte de un modelo de práctica denominado “*centrada en el paciente (o en la persona-paciente)*” (CP). Para ello, en primer lugar se abordan algunos de los aspectos básicos del fenómeno comunicacional, y después se resaltan las características del modelo de práctica CP. En ambos casos se ofrecen ejemplificaciones de las repercusiones y aplicaciones que en la práctica clínica se derivan de estos enfoques. Basándose en los principios y supuestos discutidos se delimitan los componentes de la guía propuesta como referente.

La comunicación asistencial/clínica: dimensiones básicas y teorías

El encuentro entre un médico y un paciente es, sobre todo, “comunicación interpersonal”. La comunicación sanitaria es una forma específica de comunicación humana cuyos contenidos tienen que ver con temas de salud. Nos referimos a comunicación clínica para definir aquella que tiene lugar específicamente en el ámbito de la práctica del médico clínico. En el estudio de cómo se comunican las personas, los investigadores han detectado diferentes particularidades que representan axiomas sobre los que se han construido las distintas teorías de la comunicación. Así, Watzlawick et al.¹⁵

delimitan las dimensiones básicas de la comunicación humana: su carácter de proceso, interacción y multidimensionalidad. La comunicación entre dos personas no es algo que suceda en una única dirección a consecuencia de un mensaje específico que una de ellas (emisor) envía a otra (receptor) para producir un efecto en esta última, sino que se trata de un **proceso continuo** y dinámico en el que ambas personas son objeto de cambios recíprocos que suceden continuamente a nivel físico, emocional y social. En la comunicación clínica esta asunción nos dirige no solo hacia los factores que afectan al paciente, sino a los que afectan al médico y cómo el proceso de intercambio entre ambos variará dependiendo de la naturaleza de la situación. Como extensión de lo anterior, una segunda premisa es su **carácter interaccional**, en el sentido de que ambas personas se afectan mutuamente en el proceso comunicativo, existiendo una influencia recíproca: cada persona es receptor y emisor a la vez. En el ámbito clínico esto puede ejemplificarse cuando un médico, por ejemplo, asume una relación paternalista o dominante con un paciente; ello puede ser debido a que el clínico tiene ese estilo de interrelación o a que detecta que es el estilo que el paciente prefiere: la naturaleza de la relación está influida por los deseos de sus miembros, las percepciones de los deseos del otro o ambas cosas a la vez. La comunicación es un proceso de interrelación entre dos personas en el que ellos mismos establecen cómo se relacionan. La tercera asunción es su carácter **multidimensional**, lo que significa que la comunicación ocurre siempre a dos niveles: la dimensión de contenido y la de relación. Ambas están inextricablemente unidas; el contenido se refiere a las palabras, el lenguaje y la información que hay en el mensaje, la de relación es el aspecto metacomunicativo, es decir cómo el receptor debe interpretar esta comunicación. Tiene que ver con la manera en la que el emisor entiende su relación respecto al receptor. Esta dimensión es la más importante y es la que en última instancia da significado al mensaje. En una relación de autoridad o paternalista, la frase “*por favor tómate estas pastillas*” tiene un significado diferente que si la relación es colaborativa.

Durante las últimas décadas se ha desarrollado una gran variedad de enfoques teóricos sobre la comunicación interpersonal. En una reciente revisión, Bylun et al.¹⁶ seleccionan un conjunto de teorías comunicativas basándose en tres aproximaciones diferentes que pueden ampliar y aclarar la comprensión de las interacciones interpersonales en el contexto sanitario. Así, estos autores distinguen entre: **teorías centradas en el individuo**, en la interacción y en las relaciones. Las primeras estudian la manera en que las actividades cognitivas de los sujetos influyen y dan forma a sus interacciones comunicativas, tratan de explicar cómo estos planifican y ponen en marcha mensajes y cómo procesan la información recibida y la incertidumbre. Teorías pertenecientes a este grupo son la teoría de *Objetivos-Planes-Acción* (*Goals-Plans-Action*), de la *incertidumbre* o la *Assembly Action Theory*. **Las teorías centradas en la interacción**, como son las de la “*Acomodación de la Comunicación*”, o la de los “*Códigos de Conversación*” (*Speech Codes*), se centran en la interacción misma o en la forma en que los participantes usan las conductas verbales y no verbales para afrontar el proceso comunicativo. Una premisa importante en este tipo de teorías es que la comunicación tiene que ver con el segundo principio antes descrito: el hecho de que ambos interlocutores se afectan mutuamente.

Finalmente, **las teorías centradas en la relación** (p. ej., las de la “*Penetración Social y Norma de Reciprocidad*” o la del “*Manejo de la Comunicación Privada*”) se centran en la forma en que la información es expresada en función del contexto en el que se produce la relación; por ejemplo, cómo se produce esto en un contexto de relaciones continuadas (p. ej., el ámbito de la atención primaria) o en otros más puntuales o específicos (p. ej., una asistencia esporádica u ofrecer un diagnóstico ominoso).

Tomando como referente tanto las asunciones básicas como las teorías de la comunicación, proponemos un modelo sencillo que ilustra los aspectos fundamentales que deben considerarse en el ámbito de la comunicación clínica. La figura 1 ilustra este modelo en el que destacamos cuatro factores clave: a) las personas médico y paciente y sus relaciones, b) las interacciones, c) los contextos y d) los canales comunicacionales. Las personas, médico y paciente, mantienen sobre todo cuatro **tipos de relación** (médico-paciente; médico-médico; médico consigo mismo, y médico-familia del paciente). **Las interacciones** se refieren a las que ocurren entre los participantes en el proceso de comunicación clínica. Estas interacciones incluyen las conductas comunicacionales tanto verbales como no verbales, que aquí quedan definidas como un conjunto de elementos comunicativos agrupados en conductas concretas que a su vez se pueden definir dentro de una serie de objetivos comunicacionales que facilitan la consecución de los objetivos de cualquier interacción clínica (incluyen igualmente las dimensiones de contenido y de relación de los mensajes). Un tercer elemento mayor del proceso comunicativo clínico **son los contextos** clínicos en los que se desarrolla el proceso, y el cuarto, **los canales comunicacionales**. El canal es el “intermediario” clave de la comunicación, el medio utilizado para transmitir el mensaje. El uso de un canal u otro para comunicar un mensaje afecta no solo a la precisión con que se recibe el mensaje, sino al significado que se le otorga¹⁷. Por ejemplo, utilizar una comunicación escrita (no verbal) supone prescindir de lo que transmite el paralenguaje, y en este sentido

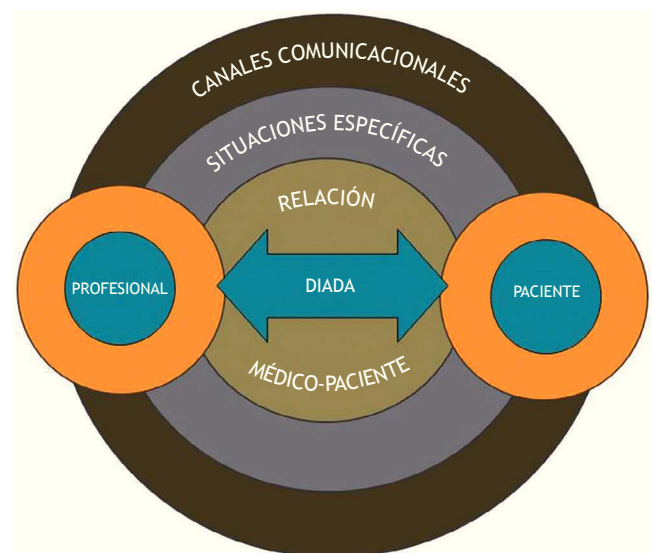


Figura 1 Esquema de las dimensiones fundamentales para la comprensión del marco conceptual de las competencias comunicativas.

debe de elegirse bien el tipo de mensaje que puede transmitirse por esta vía y su contenido, el cual estará sujeto a reglas diferentes de las que puedan regir para otros canales. Por las mismas razones, un mensaje transmitido verbalmente puede tener efectos diferentes si es transmitido cara a cara o solo por un medio de audio (p. ej. telefónico).

Ejemplificación de estos principios de la comunicación en la práctica clínica

La comprensión de la comunicación entre un médico y un paciente no escapa a los anteriores principios comunicativos que ayudan a una mejor comprensión de esta y de sus componentes más relevantes en un contexto específico. Para ello, consideremos por ejemplo la situación reflejada en la viñeta clínica 1:

El Dr. N.P. es un residente de obstetricia de tercer año que lleva dos días en consultas externas. J.H. es una paciente de 34 años que acude a la consulta con su pareja T.L. para una revisión de embarazo de alto riesgo. En este día, el Dr. N.P. se encuentra un poco agobiado de tiempo, ya que entre otras cosas ha de salir antes de la consulta para asistir a una sesión clínica e iniciar su guardia después. Así, mientras cierra el registro de la anterior paciente y la enfermera le comunica quién es la señora L.H. y las razones de su visita hoy, le pide a la enfermera que dirija a la señora a la camilla para realizarle la ecografía mientras él mira los análisis. Al repasar la historia de la paciente observa los resultados del laboratorio, los cuales le informan de una infección urinaria. Mientras le hace la ecografía a la paciente, le comenta a esta y a su pareja (al que llama “su esposo”) los resultados y la necesidad de seguir tratamiento antibiótico. La paciente y su pareja no parecen muy convencidos de ello y se lo transmiten al residente. Este justifica su recomendación dirigiéndose sobre todo a J.H. y ofreciéndole algunos argumentos. Finalmente, concluye sobre la absoluta necesidad del antibiótico “por su bien y el de su hijo” y tras preguntar por posibles alergias le prescribe el tratamiento y le da una nueva cita.

Días después y tras faltar a la cita, el residente se enteró de que L.H. no siguió el tratamiento y consultó con otro obstetra. El residente se sintió frustrado.

En esta situación, el contenido del mensaje (dimensión de contenido) que el residente trató de enviar a su paciente probablemente fue “*necesita tomar el antibiótico para seguridad de usted y de su hijo*”. La forma en la que el residente y la pareja se relacionaron entre sí (relación de autoridad, de camaradería, de interés, la actitud que mantienen uno sobre el otro y los sentimientos y emociones que se expresan mutuamente), probablemente hicieron que L.H. y su pareja vivieran la experiencia como hostil o insatisfactoria, lo que a su vez pudo hacer que estos la interpretaran de manera distinta a como lo hizo el residente. El residente era nuevo en esa consulta, no los conocía, su conocimiento de la situación se lo proporcionaron los registros que figuraban en la historia clínica. Esta pareja y su obstetra habitual compartían, sin embargo, mucho conocimiento mutuo, fruto de la relación continuada que mantuvieron a lo largo del

tiempo y de la atención que este había proporcionado en los anteriores embarazos, de los que muchos detalles, aunque importantes, no se encontraban explicitados en la historia clínica. Tras este encuentro y como consecuencia de la frustración que generó en el residente al enterarse de los resultados de la consulta, decidió contactar con el anterior obstetra de la pareja y así pudo conocer la siguiente información:

“La paciente L.H. y su pareja tienen 4 hijos; aunque no están casados legalmente son una pareja estable y viven de una manera un tanto alternativa en una granja donde trabajan en agricultura ecológica. Son activistas muy dinámicos y comprometidos con diferentes movimientos políticos y religiosos. Han mantenido una relación prolongada con un conocido obstetra que les siguió los anteriores embarazos y los partos y también el actual hasta que por una ausencia prolongada de este decidieron acudir a la seguridad social.”

Constituye una experiencia habitual que mientras mejor conoce el médico al paciente menos necesita de grandes cantidades de datos. Ciertamente, basarse en el contexto más que en la información explícita conlleva riesgos, pero en clínica el obviar la información contextual supone generalmente disminuir la calidad de la atención. Lo que ocurrió con el residente y la paciente L.H. y su pareja tras su encuentro “comunicativo” fue que estos últimos decidieron cambiar de médico, y el residente inició un proceso de reflexión personal que le llevó a una colaboración profesional más estrecha. El encuentro o interacción afectó a ambos, produjo algo nuevo en los protagonistas que de no haber tenido lugar el mismo no se hubiese producido. Esta aparición, modificación o reafirmación de una determinada conducta es consecuencia de la creación de significados que ayudan o impiden (como fue en este caso) la capacitación de los pacientes y sus familias para afrontar problemas de salud¹⁸.

Desde un punto de vista práctico, este carácter “interactivo” de la comunicación clínica viene definido por la existencia de un flujo continuo y recíproco tipo “ofrecer-y-recoger”, en el que es necesario cierto grado de comprensión mutua para que esta comunicación sea efectiva. En la clínica, esta perspectiva enfatiza la interacción, el *feedback* y la colaboración, un proceso en el que se *comparte* algo, frente a un proceso de transacción, en el que simplemente se *transmite* algo. La interacción solo se completa cuando el emisor recibe *feedback* sobre si el mensaje ha sido comprendido, cómo ha sido interpretado este y el impacto que ha podido causar en el receptor. Por esto, muchos autores se refieren al proceso informativo de la entrevista médica no como un proceso en el que se “*imparte* o se *ofrece* información”, sino como un proceso en el que se “*comparte información*”¹⁹⁻²¹. Esta perspectiva es especialmente importante en la entrevista médica, en la que las características individuales de cada paciente o participante en la entrevista (necesidades, capacidad de comprensión, preocupaciones) y las del propio contexto en el que esta se produce (en este caso una tríada médico-pareja con rasgos comunicativos peculiares de una entrevista familiar) deben ser tenidas muy en cuenta a la hora por ejemplo de informar o de tomar decisiones. En la situación clínica, el residente parece que mantuvo un com-

portamiento de tipo exclusivamente *informativo* y pudo no emplear adecuadamente estrategias comunicativas adaptadas al tipo de entrevista triádica.

La atención sanitaria centrada en la persona y el modelo biopsicosocial

El modelo de aproximación relacional entre un médico y un paciente propuesto actualmente como deseable para la práctica clínica es el denominado CP. Este modelo conlleva unos valores para la práctica muy propios de la cultura occidental actual (finales del siglo xx y principios del xxi), especialmente el de la autonomía del paciente, y pretende demostrar su eficacia en clínica mediante la evidencia científica. Una atención centrada en el paciente puede ser definida como aquella que *“respeto y responde a los deseos de los pacientes, sus necesidades y preferencias, de modo que estos puedan tomar las decisiones para su atención sanitaria que mejor se adapten a sus circunstancias individuales”*²².

La incorporación de un modelo de práctica de estas características viene de la mano de una concepción filosófica de la atención clínica denominada *“modelo biopsicosocial”* que, como reacción a las limitaciones del enfoque tradicional de entender la medicina definido por el llamado *“modelo biomédico”*, entiende la existencia de múltiples niveles de organización que van desde lo molecular hasta lo medioambiental, que se influyen unos a otros y en el que existe una compleja relación entre los aspectos físicos y mentales. Así, mientras que el *“modelo biomédico”* determinaba un método clínico centrado en la identificación y el tratamiento de entidades patológicas estandarizadas (la enfermedad del paciente reducida a un conjunto de signos y síntomas que se investigan y se interpretan dentro de este marco biomédico positivista), en el *“modelo psicosocial”* la enfermedad (y la salud) está influida por esos múltiples niveles (desde el molecular al socioambiental) de una manera *“no lineal”*. El *“modelo biopsicosocial”* incorpora la subjetividad y la experiencia del paciente y del médico como necesarias para comprender su dolencia y así llegar a un diagnóstico más preciso y a una atención más completa^{23,24}. Estudios como los de Mead y Bower^{8,25}, Stewart⁷, Howie, Heaney y Maxwell²⁶, y Epstein et al.⁹ ofrecen interesantes reflexiones teóricas sobre lo que significa y los componentes de una atención y comunicación centradas en el paciente, a la vez que proponen pasos para su operativización y principios para guiar la elección y el desarrollo de métodos para la evaluación de la comunicación centrada en el paciente. A ellos remitimos al lector interesado en profundizar en este debate.

Para nuestros propósitos, baste decir aquí que para un médico, trabajar bajo el marco del *modelo biopsicosocial* supone enfatizar una atención clínica basada sobre todo en dos aspectos: la individualización de la atención y la relación clínica²⁷. La individualización de la atención descansa en la consideración de una *atención contextualizada* que reconoce a la persona paciente como situada dentro de un espacio sociocultural particular y que tiene en cuenta las múltiples influencias de las relaciones que este mantiene con su entorno y sus diferentes dimensiones biopsicosociales para el proceso de salud-enfermedad. Esto exige *integrar*

diferentes tipos de conocimiento para elaborar hipótesis diagnósticas (hipótesis ya no únicamente biomédicas). Hacer una aproximación de tipo *circunstancial* es reconocer que cada paciente es único, lo que supone evitar un pensamiento excesivamente categórico como el reflejado en la aplicación estandarizada de protocolos clínicos y promover una toma de decisiones terapéuticas lo más eficientes o simples posible²⁸. Finalmente, la atención individualizada ve el conocimiento clínico como un ejercicio *hermenéutico o interpretativo*^{29,30}, en el que el contexto cultural e histórico, incluyendo la experiencia personal, a través del diálogo y las interacciones^{31,32} conforma los significados para el médico y para el paciente a la vez que construye las identidades individuales³³ y orienta sobre la naturaleza del sufrimiento³⁴.

Esta última característica enlaza con el otro aspecto clave: una atención basada en la relación entre el médico y el paciente y en la interpretación de la enfermedad y la salud desde una perspectiva intersubjetiva, que ayude al paciente a exponer sus preocupaciones, articular sus expectativas y construir sus preferencias. Así se ha entendido la comunicación CP que el *modelo biopsicosocial* genera en la práctica, como un conjunto de objetivos o actividades comunicativas que los médicos deben desarrollar en sus interacciones con los pacientes⁹ (tabla 1).

Sin embargo, estos objetivos no pueden llevarse a cabo mediante una aplicación automatizada de las habilidades comunicacionales que las conforman y a las que teóricamente parecen poder ser reducidas, sino que requieren del médico sobre todo un interés genuino, compromiso personal e implicación emocional (el desarrollo de aspectos relacionados con lo que antes se ha denominado *componente relacional*). Una expresión de empatía por la angustia emocional de un paciente requiere sentir sinceramente la preocupación, y expresarlo de forma adecuada tanto verbal como no verbalmente. Dentro del modelo, esto es parte de la responsabilidad del médico³⁵, que debe reconocer el papel que desempeñan las emociones y abordarlas adecuadamente en la interacción. La solidaridad emocional transmitida por un médico a un paciente acerca a ambos en su común humanidad; al empatizar, el médico deja de ser un técnico para pasar a mostrarse igual al paciente en su calidad de personas, lo que fortalece la relación. Pero, además, dado que percepción, emoción y cognición son dimensiones de la experiencia y que es imposible entender una emoción sin tener idea de la experiencia del paciente que evoca esa emoción, la empatía requiere comprender las experiencias. Por esto, una actitud empática su-

Tabla 1 Tareas para desarrollar una comunicación centrada en el paciente

1. Obtener y entender la perspectiva del paciente (sus preocupaciones, ideas, expectativas, necesidades, sentimientos y funcionamiento)
2. Comprender al paciente dentro de su contexto psicosocial único
3. Llegar a un entendimiento común del problema y su tratamiento con el paciente, concordante con los valores del paciente
4. Ayudar a los pacientes a compartir el poder y la responsabilidad mediante su participación en las elecciones en la medida en que lo deseen

pone una vía para reconocer el tipo de problema (su naturaleza) y necesidad del paciente³⁶, por lo que contribuye al proceso diagnóstico. De esto se deriva que el médico, además del imperativo moral de tratar al paciente como una persona, tiene la necesidad de cuidar y profundizar en el conocimiento de sí mismo^{37,38}. El modelo reconoce la proyección del estado interior y de las necesidades del médico en la interacción, por lo que sin un suficiente grado de autoconocimiento, esto afectaría de manera negativa a esta y a sus objetivos terapéuticos. Aunque, desde luego, se puede realizar una comunicación CP en encuentros cortos y puntuales, habitualmente el desarrollo de sus potencialidades exige relaciones entre médico y paciente continuadas³⁹. Algunos autores han destacado este aspecto como uno de los rasgos imprescindibles para que pueda tener lugar una comunicación centrada en la persona⁴⁰.

Ejemplificación de la aplicación de un estilo de práctica centrada en el paciente

La comprensión de cómo una atención que sigue un modelo CP dirige el juicio clínico se ejemplifica en la situación clínica descrita en la viñeta 2:

El Dr. X. es un residente de último año de medicina de familia que es llamado a altas horas de la noche a un domicilio por la familia de un paciente mayor pluripatológico que ha empeorado súbitamente. El residente revisa la historia electrónica antes de salir y reconoce al paciente, al que ha visto con anterioridad, y recuerda que tuvo un problema relacional con una de sus hijas. El paciente está en tratamiento medicamentoso por hipertensión arterial y depresión, y hace dos días acudió a urgencias por un episodio de retención urinaria que fue etiquetado provisionalmente de síndrome prostático y para el que se le instauró tratamiento. El residente reflexiona sobre el tipo de paciente y su experiencia anterior con la familia, y basándose en esto y en lo indefinido del cuadro, le pide a la enfermera que lo acompañe. Al llegar al domicilio del paciente lo encuentra postrado en la cama, con febrícula, cierta palidez de mucosas, tensión arterial baja y algo desorientado. La familia le comenta que el cuadro se inició con una sensación de lasitud antes del empeoramiento. A la exploración, el residente no encuentra ningún otro hallazgo patológico y duda si se trata de un efecto secundario de la nueva medicación, de una interacción medicamentosa, de un cuadro viral o si hay algo más. La familia le comenta su deseo y el del propio paciente de que *“si no es estrictamente necesario no se le envíe al hospital”*. El residente comparte con la familia su incertidumbre ante el diagnóstico y reconoce también la importancia de la calidad de vida y el ambiente de apoyo emocional que existe en su domicilio, por lo que, con la duda sobre la utilidad del ingreso desde un punto de vista médico, le pide a la enfermera que tome unas muestras de sangre y orina para enviar al laboratorio, suprime el tratamiento prostático, decide que espere en casa, y le asegura que a la mañana siguiente, tras recibir los análisis, él y otro compañero pasarán de nuevo por el domicilio para una reevaluación.

La situación descrita en la viñeta 2 dibuja un contexto habitual de práctica clínica, caracterizado por la complejidad y la incertidumbre, y sin embargo también por la necesidad de que el médico tome una decisión clínica en beneficio del paciente. La naturaleza de la decisión tomada en ese momento (no existe una última decisión final en un proceso asistencial de estas características) no es de tipo deductivo. Aunque el residente utiliza su conocimiento científico basado en la investigación para aproximarse al problema, teniendo en cuenta por ejemplo la mayor o menor frecuencia de complicaciones relacionadas con sus patologías y tratamientos, y para considerar algún tipo de actuación terapéutica como puede ser suprimir la medicación que el paciente tomaba u ordenar la realización de ciertas pruebas sanguíneas, este conocimiento científico no le es en absoluto suficiente para justificar la decisión final aplicada a este individuo particular. En la actuación de este residente se resalta un modelo de juicio y de práctica clínica que trata de lograr el equilibrio correcto entre la ciencia de la medicina (el razonamiento fisiopatológico), el contexto del sujeto (p. ej., el ambiente en el domicilio familiar en el que los cuidados quedan garantizados por la familia y por la propia continuidad de la atención que el equipo de atención primaria le puede prestar), la experiencia personal del individuo (y en este caso la consideración de la familia como “prolongación” de la persona), la del propio médico (haciendo consciente unos valores de la atención en los que cree, la consideración de sus propias limitaciones: conocimiento inseguro —gran incertidumbre—, posibles repercusiones de sus sentimientos negativos en relación con algún miembro de la familia) y de la sociedad (p. ej., la valoración que ha podido hacer del uso de ciertos recursos en este contexto: uso de ambulancia, ingreso en hospital) para planificar la atención y tomar la decisión.

Marco teórico de referencia: dimensiones ampliadas

A la luz de los principios comunicacionales anteriormente descritos y de las características del estilo comunicacional CP que surge del modelo biopsicosocial, se hacen relevantes cuatro dimensiones de la comunicación médico-paciente. Estas dimensiones son propuestas como partes integrantes de la guía y pueden ser consideradas para un eventual desarrollo (identificación, selección, elaboración y agrupación) de habilidades comunicacionales nucleares en medicina. En la figura 2 se propone el esquema gráfico ampliado de estas dimensiones y componentes:

1. Las personas en la relación paciente y médico: eje bicefálico del modelo. El componente básico de la comunicación CP lo constituyen las dos personas: el médico y el paciente. La guía señala específicamente como facetas relevantes:

- **En la persona del paciente:** el significado personal y la experiencia individual que supone para el paciente su dolencia (lo que está determinado por aspectos culturales y biográficos). *Su dolencia:* comprender los determinantes de esta desde la perspectiva biopsicosocial. *Su contexto*

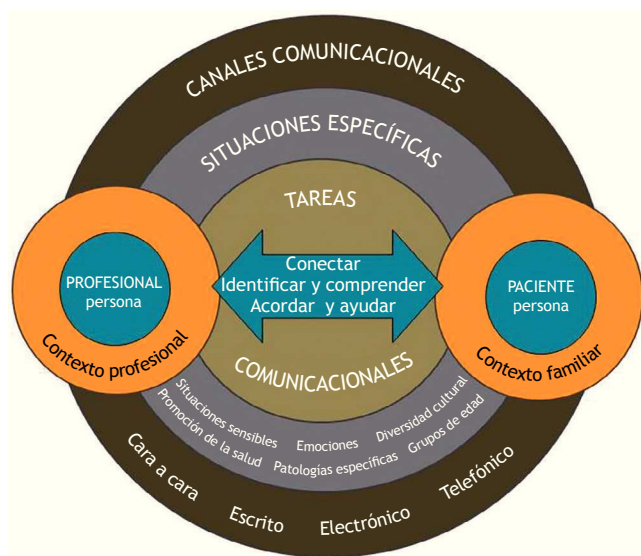


Figura 2 Esquema de las dimensiones y componentes fundamentales del marco de referencia para el desarrollo de las habilidades comunicativas centradas en el paciente.

familiar: la familia, que como unidad relacional básica y entorno social íntimo en las sociedades humanas tiene una influencia importante en la salud física y mental de sus miembros^{41,42}, representando el contexto en el que ocurren la mayoría de los problemas de salud y enfermedades y reconociéndola como la principal fuente de las creencias de salud, comportamientos relacionados con la salud, estrés y apoyo emocional^{43,44}. A pesar de que aún existe poca investigación empírica sobre la relación de trabajar con familias y los resultados asistenciales, se empieza a disponer de bibliografía que ofrece un importante apoyo en esta dirección^{45,46}.

- **En la persona del médico**: conlleva la consideración de la influencia de las cualidades personales del médico en su desempeño, de la necesidad de cultivar el autoconocimiento y de responder de manera emocionalmente adecuada para mejorar la eficacia diagnóstica y terapéutica. *Su contexto profesional (inter e intraprofesional)*: se asume que en la práctica clínica actual resulta imposible el ejercicio “aislado” de la medicina, estando orientada a un papel del médico como miembro de un equipo de salud⁴⁷ y dependiente del trabajo y las relaciones con otros profesionales también ajenos al equipo, lo que influye en la calidad de la atención clínica⁴⁸⁻⁵⁰.

2. La relación comunicativa en el contexto médico requiere conocer la estructura de la entrevista médica. Las habilidades de comunicación se han clasificado en muy diferentes maneras. La mayor parte de ellas distinguen una serie de funciones o actividades clave de la entrevista médica que habitualmente se han denominado “tareas” y que no son más que recomendaciones sobre conductas y comportamientos concretos. Distintos modelos y recomendaciones de consulta establecen diferentes tareas; sin embargo, bastante coincidentes entre sí^{7,14,51-59}. Los médicos experimentados operan con flexibilidad y pueden elegir entre una mezcla de modelos. La naturaleza de las tareas está relacionada con los objetivos de una entrevista centrada en el paciente se-

gún sus principios descritos para este modelo: establecer y mantener la relación, responder a las emociones, obtener y compartir la información, explicar y planificar, tomar decisiones e implementarlas. El desarrollo de cada tarea, actividad o función requiere la puesta en práctica de un conjunto de habilidades específicas de comunicación.

Una importante cantidad de evidencia sugiere que la comunicación centrada en el paciente tiene un impacto positivo en los resultados importantes, incluyendo la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento recomendado y la capacitación para afrontar la enfermedad crónica⁶⁰⁻⁶⁸. Además, la investigación reciente ofrece evidencia convincente de que dicha comunicación mejora los resultados clínicos en el tratamiento de la diabetes, la hipertensión y el cáncer^{69,70}. Por el contrario, interrupciones en la comunicación están fuertemente asociadas con el aumento de la probabilidad de que los pacientes denuncien a los médicos⁷¹. Las quejas más frecuentes de los pacientes tienen que ver con que sus médicos no escuchan sus inquietudes, no se preocupan por sus problemas, o les proporcionan insuficiente información sobre sus tratamientos⁷².

3. Los contextos clínicos. A pesar del contexto genérico que supone el encuentro clínico, existe una importante variedad de situaciones clínicas que por las características de sus actores (pacientes) y del contexto en el que tienen lugar, determinan aproximaciones comunicacionales específicas que facilitan la consecución de los resultados (la efectividad del encuentro). Existen situaciones contextuales específicas que representan desafíos adicionales especiales que por su complejidad requieren una aplicación especial y flexible de las anteriores tareas y habilidades básicas o la incorporación de habilidades y elementos comunicativos adicionales. Entre estas destacan situaciones delicadas como el dar malas noticias, afrontar la muerte y la agonía (el final de la vida), el duelo, hablar sobre sexo, asuntos estigmatizadores (violencia de género, abuso infantil, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, enfermedad mental, etc.), el manejo en la consulta de emociones como el estrés, temor, enfado, agresividad, colusión, etc.; los asuntos relacionados con la promoción de la salud y modificación de conductas, o determinados tipos de pacientes como los psiquiátricos, los de origen cultural y social distintos al del médico, los ancianos o pacientes con demencia-deterioro cognitivo, los niños y sus padres, los adolescentes, ancianos, o aquellos con problemas sensoriales (auditivos, visuales) y de expresión verbal.

4. Los canales de comunicación. Aunque la comunicación cara a cara suele ser la forma más habitual que tiene un médico para comunicar con sus pacientes, familias y colegas, cada vez es más frecuente el uso de otros canales, como los informes escritos, los canales virtuales y el teléfono, por lo que estudiantes y residentes deberán conocer sus peculiaridades (fortalezas y limitaciones) y saber utilizarlos de manera eficiente⁷³⁻⁷⁵.

Agradecimientos

A Marilen Gorostegui (Universidad de Chile), Philippa Moore (Pontificia Universidad Católica de Chile), Maria Teresa Cortes (Universidad Nacional Autónoma de México), Lila Paula

Dupuy (Universidad Maimónides de Buenos Aires, Argentina), Alfonso Cavaco (Universidad de Lisboa), Fernando Caballero Martínez (Universidad Francisco de Vitoria de Madrid), Cristina García de Leonardo (Universidad Francisco de Vitoria de Madrid), Elizabeth Loureiro (Universidade do Porto, Portugal) y Josep M.^a Bosch Fontcuberta (Universidad Autónoma de Barcelona), por la discusión y revisión del manuscrito.

Bibliografía

- González J, Wagenaar R. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Deusto: Universidad de Deusto; 2003.
- Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación (ANECA). Libro Blanco. Título de Médico. Madrid: 2005. Disponible en: http://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=8184678d-8567-40c3-a555-a2048d456fa6&groupId=115466
- Fundación Educación Médica: El médico del futuro. Barcelona: Almirall; 2009.
- Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1999;21:563-70.
- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002;325:697.
- Ruiz Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: Una revisión de su eficacia en el contexto de la educación médica. *Educ Med*. 2003;6:159-67.
- Stewart M, Belle Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087-110.
- Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med*. 2005;61:1516-28.
- De Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Educ Couns*. 2006;62:291-8.
- Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008;42:1100-7.
- Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Holzer H, Langewitz W, Mullinghaus M, et al. Communication and social competency in medical education in German speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi Study. *Patient Educ Couns*. 2010;81:259-66.
- Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Dago Elorza R, Haak R, et al. European Consensus on learning objectives for a core communicational curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2013;93:18-26.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 2005.
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder; 1983.
- Bylund CL, Peterson EB, Cameron KA. A practitioner's guide to interpersonal communication theory: An overview and exploration of selected theories. *Patient Educ Couns*. 2012;87:261-7.
- Barry B, Fulmer IS. The medium and the message: The adaptive use of communication media in dyadic influence. *Acad Manage Rev*. 2004;29:272-92.
- Epstein RM, Street RL. Shared mind: communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Ann Fam Med*. 2011;9:454-61.
- Marinker M, et al. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997.
- Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed. *BMJ*. 2003;326:348-9.
- Britten N. Concordance and compliance. En: Jones et al, editores. *Oxford textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academic Press; 2001. Disponible en: http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/5?e=carpenter-ch12_s04
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
- Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535-44.
- Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patient postconsultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med*. 2002;55:283-9.
- Howie JG, Heaney D, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: Issues of definition, measurement and delivery. *Family Practice*. 2004;21:458-68.
- Fuller J, Upshur REG. Logos, ethos and pathos in balance —the care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *EJPC*. 2013;2:22-9.
- Borrell Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:175-9.
- Leder D. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theor Med Bioeth*. 1990;11:9-24.
- Upshur RE. Priors and prejudice. *Theor Med Bioeth*. 1999;20:319-27.
- Kleinman AM. The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. New York, NY: Basic Books; 1988.
- Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to doctor-patient interactions. *J Fam Pract*. 1999;48:601-7.
- Bruner J. Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza 1991 (Acts of meaning. Boston: Harvard University Press, 1990).
- Cassell E. The nature of suffering and the goals of medicine. Oxford: Oxford University Press; 1991.
- Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2005;293:1100-6.
- Rudebeck C. General Practice and the dialogue of clinical practice. *Scand J Gen Pract*. 1992; Supp 1.
- Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999;282:833-9.
- Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA*. 1997;278:502-9.
- Ruiz Moral R. The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making. *Health Expect*. 2010;15:33-44.
- Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Perm J*. 2011;15:63-9.
- Medalie JH, Goldbourt U. Angina pectoris among 10 000 men: psychosocial and other risk factors as evidenced by multivariate analysis of 5-years medicine study. *Am J Med*. 1976;60:910-22.
- Campbell T. The effectiveness of family interventions in physical disorders. *J Marital Fam Ther*. 2003;29:263-81.
- Huygen FJA. Family medicine: the medical life history of families. New York: Brunnel/Mazel; 1990.
- McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, Lorenz A. Family-oriented Primary Care. New York: Springer-Verlag; 2004.
- Campbell T, McDaniel S, Cole-Kelly K, Hepworth J, Lorenz A. Family interviewing: a review of the literature in primary care. *Fam Med*. 2002;34:312-8.
- Hartmann M, Bärzner E, Wild B, Eisler I, Herzog W. Effects of interventions involving the family in the treatment of adult pa-

- tients with chronic physical diseases: a meta-analysis. *Psychother Psychosom.* 2010;79:136-48.
47. Morrison G, Goldfarb S, Lanken PN. Team training of medical students in the 21st Century: Would Flexner approve? *Acad Med.* 2010;85:254-9.
 48. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Publ Health.* 2003;93:635-41.
 49. Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med.* 2005;3:209-14.
 50. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA.* 2006;296:427-40.
 51. Cohen-Cole S. The medical interview: the three-function approach. St Louis (MO): Mosby; 1991.
 52. de Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009;74:287-94.
 53. Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Barcelona: J&C; 1998.
 54. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med.* 2001;76:390-3.
 55. Ruiz Moral R et al. Escala CICA. Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. Barcelona: Esteve; 2006. Disponible en: http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala_cicaa_2.pdf [accessed 26.12.2012]
 56. Simpson M, Buchman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: The Toronto Consensus Statement. *BMJ.* 1991;303:1385-7.
 57. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns.* 2001;45:23-34.
 58. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The New Consultation. Oxford: Oxford University Press; 2003.
 59. van Thiel J, van Dalen J. MAAS-Globaal Criterialijst, Versie Voor de Vaardigheidstoets Medisch Basiscurriculum. Maastricht: University of Maastricht; 1995.
 60. reenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med.* 1985;102:520-8.
 61. Mead N, Bower P. Measuring patient-centeredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ Couns.* 2000;39:71-80.
 62. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40:903-18.
 63. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract.* 1998;47:213-20.
 64. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49:796-804.
 65. Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns.* 2002;48:23-31.
 66. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med.* 2003;57:791-806.
 67. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med.* 2004;2:595-608.
 68. Ruiz Moral R, Perula de Torres LA, Jaramillo Martín I. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2007;22:86-91.
 69. Mead N, Bower P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002;48:51-61.
 70. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 2005;17:351-4.
 71. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 1997;277:553-9.
 72. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA.* 1994;272:1583-7.
 73. Novick G. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health.* 2008;31:391-8.
 74. Schwartz R. Cell phone communication versus face-to-face communication: the effect of mode of communication on relationship satisfaction and the difference in quality of communication. M.A., Kent State University, 2008. Disponible en: https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=kent1227282130&disposition=inline
 75. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Reifler D, Sokol L, Burns MN, et al. Effect of telephone-administered vs video interview face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients. A randomized trial. *JAMA.* 2012;307:2278-85.